

令和2年度那覇市新型コロナウイルス感染症の流行下における一定の高齢者
PCR 検査助成事業実施要綱

令和3年2月3日
福祉部長決裁

(趣旨)

第1条 この要綱は、新型コロナウイルス感染症に高齢者が感染した場合に重症化する特性があるため、感染の拡大や重症化を防止する観点から、一定の高齢者に対し PCR 検査受検を助成するため、「令和2年度新型コロナウイルス感染症の流行下における一定の高齢者等への検査助成事業(令和2年度予備費分)実施要綱」(令和2年9月15日老発0915第1号)に基づき、市が実施する那覇市新型コロナウイルス感染症の流行下における一定の高齢者への PCR 検査助成事業(以下「高齢者 PCR 検査助成事業」という。)について必要な事項を定めるものとする。

(検査の実施)

第2条 高齢者 PCR 検査助成事業による検査方法は、PCR 検査(以下「検査」という。)とし、市が委託する検査機関が行う。
2 市長は、沖縄県が作成する検査体制整備計画との整合性を確認した上で、前項の検査機関(以下「検査機関」という。)と検査の実施について委託契約を行う。

(検査対象者等)

第3条 検査の対象となる者(以下「検査対象者」という。)は、本市に住所を有する者で、次のすべての要件に該当するものとする。なお、高齢者 PCR 検査助成事業により検査対象者に対し実施する検査は、第5条に規定する検査期間中、検査対象者1人につき1回限りとする。

- (1) 通所系介護サービス事業所を利用している65歳以上の者
 - (2) 本人が検査を希望していること
 - (3) 発熱などの自覚症状が出ていない者
- 2 前項第1号の通所系介護サービス事業所とは、次の各号のいずれかを行う事業所とする。
- (1) 通所介護
 - (2) 地域密着型通所介護
 - (3) (介護予防) 通所リハビリテーション
 - (4) (介護予防) 認知症対応型通所介護
 - (5) (介護予防) 小規模多機能型居宅介護(通所サービスに限る)
 - (6) 看護小規模多機能型居宅介護(通所サービスに限る)
 - (7) 旧介護予防通所介護相当サービス

(検査費用)

第4条 検査に係る費用は、次の表のとおりとし、当該費用は市が負担する。ただし、検体の提出若しくは検査対象者を検査機関に搬送する場合等、検査以外に掛かる費用が生じる場合は、当該費用については検査対象者の利用する事業者が負担する。

検査費用

検査方法	1件(1人)あたり単価
新型コロナウイルス(2019-nCoV)の核酸検出 (リアルタイム one-step RT-PCR 法)	20,000 円以内(税込み)

(検査期間)

第5条 検査の実施期間は、この要綱の施行の日から令和3年3月31日までとする。ただし、感染拡大により行政検査の妨げとなる場合は、検査を中止するものとする。

(検査助成申請)

第6条 第3条の検査対象者に対して検査を受けさせようとする事業者(以下「申請者」という。)は、高齢者PCR検査助成申請書(第1号様式)を市長に提出するものとする。

2 申請者は、前項に規定する申請の際、同意書(第2号様式)を検査対象者から受け取り、これを保管するものとする。ただし、市から当該同意書の提出を求められたときは、その写しを市へ提出するものとする。

(決定通知)

第7条 市長は、前条第1項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、助成を決定したときは高齢者PCR検査助成決定通知書(第3号様式。次条において「助成決定通知書」という。)により申請者へ通知するものとする。

(検体の提出等)

第8条 前条の規定により助成決定を受けた事業者(以下「助成事業者」という。)は、助成決定通知書に記載される検査対象者の検体を、市が指定する方法により提出するものとする。

2 検査機関は、前項の規定により提出された検体を検査し、検査結果を市長及び事業者へ報告するものとする。

(検査費用の請求及び支払い)

第9条 検査機関は、検査実施分について、次の表の左欄に掲げる検査実施期間に応じ、同表の右欄に掲げる請求期限までに、請求書により市長にPCR検査委託料を請求するものとする。

検査実施期間	請求期限
令和3年2月1日から2月28日まで	令和3年3月15日
令和3年3月1日から3月31日まで	令和3年4月15日

2 市長は、前項の検査機関からの請求書を確認し、その内容が適切と判断した場合はPCR検査委託料を支払うものとする。

(検査費用の返還)

第10条 市長は、助成事業者が第7条第1項の決定通知書による検査対象者以外の者を検査させたと判明した場合において、当該対象者以外の者に係る検査費用について既に前条第1項のPCR検査委託費用が支払われているときは、事業者に対し第4条第2項のPCR検査費用の全部又は一部を返還させることができる。

(関係機関との連携)

第11条 助成事業者は、第8条第2項の報告により、新型コロナウイルスが検出された検査対象者を確認した場合は、検査機関と調整の上、当該検査対象者を検査機関の指定する医師等に診察させ、検査機関、保健所等の関係機関の指示に従うものとする。

2 前項の診察を行った医師は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)に基づく届出が必要と判断した場合は、保健所へ発生届をするものとし、それにかかる費用については検査対象者に請求するものとする。

(個人情報の取扱い)

第12条 検査の実施及び処理するにあたり知り得た情報は、個人情報保護の重要性を認識し、個人情報を機密として管理するものとし、個人情報を第三者に開示、提供及び漏洩してはならない。

(その他)

第13条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定める。

付 則

この要綱は、令和3年2月3日から施行する。

那覇市長様

申請者

事業者所在地

事業者名

代表者

印

担当者/連絡先

メールアドレス

高齢者PCR検査助成事業申請書

高齢者PCR検査助成事業について、令和2年度那覇市新型コロナウイルス感染症の流行下における一定の高齢者へのPCR検査助成事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1. 事業所名 _____

2. 事業所所在地 _____

3. 検査希望者数 _____人 (希望者は別添のとおり)

4. 添付資料 別添(第1号様式関係、第3号様式関係)高齢者PCR検査助成事業申請希望者兼助成決定者一覧

別添(第1号様式関係、第3号様式関係)

高齢者 PCR 検査助成事業申請希望者兼助成決定者一覧

事業者(法人)名： _____

事業所名： _____

事業所責任者名： _____

事業所番号： _____

上記責任者連絡先： _____

No	被保険者番号	氏名	生年月日	年齢	住所	検査同意	決定欄 ※市記入
1			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不()
2			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不()
3			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不()
4			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不()
5			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不()
6			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不()
7			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不()
8			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不()
9			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不()
10			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不()
11			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不()
12			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不()
13			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不()
14			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不()
15			年 月 日		那覇市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不()

※対象者は、那覇市に住所を有し、申請時において65歳以上の方です。

※必ず本人もしくは家族の方から検査の同意を得たあと、検査同意欄にチェックしてください。

※不助成決定理由：①那覇市外住民のため ②65歳未満のため ③検査同意なしのため ④その他

同意書

【検査の趣旨】

高齢者 PCR 検査事業による検査は、通所施設での感染発生・拡大を未然に防ぎ、通所施設を利用する皆様が安心して介護サービスを受けていただくことを目的に検査を行うものです。

検査の結果、陽性となった場合は、事業所において迅速な対応を行うことで、感染拡大を未然に防ぐことが可能となります。

検査結果は取扱いを慎重にすべき重要な個人情報であり、本来、個人に対してお伝えすべきものではありますが、本事業による検査の目的をご理解の上、市及び事業所の責任者において共有することに同意いただきますようお願いいたします。

なお、市において業務上必要な限りにおいて共有するもので、個人情報を公表することはありません。

【留意事項】

陽性となった場合は、医師の診断を経て「発生届」が医師から保健所に提出されることとなります。医師の診断の際には、実費（初診料）がかかる場合があります。

陽性となった場合には、入院等の調整が必要となり、生活が制限されることがあります。また、保健所等の協力に応じることとなります。

私は、上記の検査の趣旨及び留意事項を理解した上で、自身の検査結果について、市及び事業所の責任において共有することに同意します。

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 印 ※本人自著の場合は押印不要

(代筆者)氏名 _____ (続柄: _____)

※本人自著が困難なため代筆する場合は、代筆者の氏名及び続柄(施設職員等も可)を記載

事業者名

代表者氏名 様

那覇市長 城間 幹子

高齢者 PCR 検査助成事業決定通知書

令和 年 月 日付で申請のあった高齢者 PCR 検査助成事業について、下記のとおり決定しましたので、令和2年度那覇市新型コロナウイルス感染症の流行下における一定の高齢者への PCR 検査助成事業実施要綱第7条の規定により通知します。

記

1. 事業所名 _____

2. 検査対象該当者数 _____人(別添のとおり)

3. 検査対象非該当者数 _____人(別添のとおり)

4. 助成条件

- (1) 那覇市新型コロナウイルス感染症流行下における高齢者のPCR検査助成事業実施要綱を遵守すること。
- (2) 助成の決定又は検査対象者に関わらず、行政検査による陽性者が発生した場合は、保健所の指示を受けた上で、市長へ報告すること。